

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

66

Année 1905

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Décembre 1905, à 1 heure

PAR

Joseph BAYARD

Ancien externe des Hôpitaux et de la Clinique Baudelocque.

ÉTUDE CLINIQUE ET STATISTIQUE

e l'Accouchement du Sommet
en Occipito-Postérieure-Directe
dans la Grossesse Gémellaire

Président : M. PINARD, professeur

Juges { *MM. SEGOND, professeur*
MAUCLAIRE, agrégé
WALLICH, agrégé

candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		Professeurs		M: DEBOVE.	
				MM.	
Anatomie.....				P. POIRIER	
Physiologie.....				CH. RICHET.	
Physique médicale.....				GARIEL.	
Chimie organique et Chimie minérale.....				GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale.....				BLANCHARD	
Pathologie et thérapeutique générales.....				BOUCHARD	
				HUTINEL.	
Pathologie médicale.....				BRISSAUD.	
Pathologie chirurgicale.....				LANNELONGUE	
Anatomie pathologique.....				CORNIL.	
Histologie.....				MATHIASDUVAL.	
Opérations et appareils.....				RECLUS.	
Pharmacologie et matière médicale.....				POUCHET.	
Thérapeutique.....				GILBERT.	
Hygiène.....				CHANTEMESSE	
Médecine légale.....				BROUARDEL.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....				DEJERINE.	
Pathologie expérimentale et comparée.....				ROGER.	
				HAYEM.	
Clinique médicale.....				DIEULAFOY.	
				DEBOVE.	
				LANDOUZY.	
				GRANCHER.	
Maladies des enfants.....				JOFFROY.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....				GAUCHER.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....				RAYMOND	
Clinique des maladies du système nerveux.....				LE DENTU.	
				TILLAX.	
Clinique chirurgicale.....				TERRIER.	
				BERGER.	
Clinique ophthalmologique.....				DE LAPERRONNE	
Clinique des maladies des voies urinaires.....				GUYON.	
				BUDIN.	
Clinique d'accouchements.....				PINARD.	
Clinique gynécologique.....				POZZI.	
Clinique chirurgicale infantile.....				KIRMISSON.	
Agrégés en exercice.					
MM.					
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI		
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST		
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON		
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD		
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFEL (chef		
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat)		
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER		
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX		
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ		
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de
médecine de Paris
Membre de l'Académie de médecine

ÉTUDE CLINIQUE ET STATISTIQUE
DE
L'Accouchement du Sommet
EN OCCIPITO-POSTÉRIEURE-DIRECTE
dans la Grossesse Gémellaire

AVANT-PROPOS

Le sujet dont nous abordons ici l'étude nous a été donné par M. le Dr Sauvage, chef de Clinique à la clinique Baudelocque.

Bien qu'il paraisse un peu ardu, nous avons trouvé des choses très intéressantes et l'étude des grossesses gémellaires en général a été pour nous un terrain d'observations extrêmement fécond.

Il nous a permis de mettre en relief la proportion relativement grande du dégagement O. P. D. (Occipito-postérieure-directe, ou O. S. Occipito-sacrée) que l'on observe deux fois et demi plus fréquemment que dans l'accouchement simple, et de réfuter

l'opinion des anciens accoucheurs qui voulaient que l'enfant venant « la face en-dessus » soit menacé d'un pronostic extrêmement sombre. Bien plus la mère en supportait presque toujours les funestes conséquences, l'accouchement spontané ne pouvait se faire que très rarement et il fallait le plus souvent intervenir au forceps. Les dix-sept observations que nous publions à la fin de ce travail se rapportent toutes au dégagement en O. P. D. tant pour le premier fœtus que pour le second. On verra par la suite que ce dégagement s'est produit six fois pour le premier, et douze fois pour le second. Une fois seulement (obs. XIII, n° 686) le dégagement en occipito-sacrée a eu lieu pour les deux enfants. Enfin deux fois seulement, et nous montrerons pourquoi, il y a eu lieu d'intervenir au forceps (obs. I, n° 329 ; obs. VIII, n° 1498).

Ces observations ont été recueillies à la clinique Baudelocque dans le service de M. le professeur Pinard, où nous n'avons trouvé qu'encouragements, aide et bienveillance.

Qu'il nous soit donc permis de remercier ici notre président de thèse, M. le professeur Pinard, dont nous avons pu apprécier en même temps que l'incontestable autorité, le dévouement sans bornes, pendant les six premiers mois que nous avons passés à la clinique (décembre 1904 à mai 1905).

Enfin nous nous ferons un devoir de ne point oublier MM. les chefs de clinique Sauvage et Mouchotte, et M. Couvelaire, chef de laboratoire, dont les

intéressantes leçons et les paternels conseils nous ont vraiment permis de comprendre, d'apprécier et d'aimer l'obstétrique, et nous avons une dette de reconnaissance que nous sommes heureux d'acquitter, en remerciant ici les sages-femmes de la clinique, ces auxiliaires dévouées du service, qui n'ont jamais cessé de nous aider de leur expérience et de nous prodiguer leurs conseils.

Nous avons commencé nos premières armes chez M. le Dr Barth, médecin des hôpitaux, puis chez M. le Dr Siredey où nous avons appris les premières notions de gynécologie en 1899-1900.

En qualité d'externe, nous sommes devenu successivement l'élève de M. Legueu, agrégé chirurgien des hôpitaux (1901), de M. le professeur Pozzi, agrégé chirurgien des hôpitaux (1902), de M. le Dr Thiéry, agrégé chirurgien des hôpitaux (1903) et de M. le Dr Jacquet, médecin des hôpitaux (1904).

Qu'il nous soit permis de remercier en bloc tous ces maîtres, en leur adressant l'hommage de notre reconnaissance, les priant de nous excuser de ne pas insister plus longuement sur leur inépuisable dévouement et sur leur enseignement si original et si intéressant dont nous avons tiré les meilleurs fruits.

Des différentes présentations dans la grossesse gémellaire.

Il est peut-être utile avant de commencer ce travail de donner quelques généralités sur la grossesse gémellaire en général, et d'insister un peu sur ses modes de présentation et sur ses modes de terminaison.

Nous étudierons ensuite le dégagement en O. P. D. Nous verrons que ce dégagement se produit le plus souvent lorsque le fœtus se présente en O. I. D. P. (occipito-iliaque-droite postérieure), mais qu'il n'est pas rare de le rencontrer dans les positions gauches surtout en G. A. Nous essaierons ensuite de montrer à quoi est due cette variété de dégagement, pourquoi on la rencontre plus souvent dans la grossesse gémellaire et en quelle proportion. Nous en indiquerons la marche et le pronostic, et nous verrons enfin la conduite à tenir et les règles de l'application de forceps dans les cas rares où l'intervention a été indiquée.

D'après la statistique de P. Dubois, la grossesse gémellaire s'observe une fois sur 92 accouchements. Les statistiques de la clinique Baudelocque donnent une proportion un peu plus grande, soit $\frac{1}{67}$ (Il est

vrai qu'une femme ayant une grossesse double, et se présentant à la consultation, y est toujours admise). En faisant une moyenne on obtient une proportion de $\frac{1}{80}$: C'est celle à notre avis qui se rapproche le plus de la vérité.

On la constaterait enfin deux fois plus fréquemment chez les multipares que chez les primipares.

Comment se présentent les fœtus, et quelle est leur attitude dans le cas de gémelléité ?

Le ventre est plus gros, l'utérus étant plus développé ; en outre un œuf ou les deux œufs sont fréquemment distendus par du liquide amniotique, mais les mêmes lois d'accommodation que dans la grossesse simple président à l'attitude des fœtus.

Toutefois l'accommodation pelvienne ne peut exister pour le second fœtus qui, contenu dans la cavité abdominale, souvent bien au-dessus du détroit supérieur distend le ventre sur un des côtés. C'est ce qui explique l'erreur de quelques accoucheurs qui veulent que l'un des fœtus soit placé horizontalement, l'autre verticalement.

M. le professeur Budin distingue trois situations différentes :

Dans la première les deux fœtus sont à côté l'un de l'autre : l'un occupe la moitié droite, l'autre la moitié gauche de l'utérus. On sait que cette variété est de beaucoup la plus fréquente ;

2° Les fœtus sont placés l'un au-devant de l'autre,

l'un occupe la moitié antérieure, l'autre la moitié postérieure.

3^e Les deux fœtus sont placés l'un au-dessus de l'autre : l'un occupe le fond de l'utérus, l'autre le segment inférieur ;

Tantôt les deux fœtus se présentant successivement au détroit supérieur, pénètrent isolément, et l'un après l'autre dans la cavité pelvienne ; tantôt au contraire s'engageant simultanément dans le bassin, ils arrivent à former à un moment donné une masse trop volumineuse pour pénétrer dans le canal pelvigénital, et créent ainsi un cas de dystocie tout spécial. Mais nous ne nous occuperons que de la première variété, c'est-à-dire celle où les fœtus s'engagent l'un après l'autre.

Enfin toutes les présentations ont été observées : deux sommets, deux sièges, sommet et siège, siège et sommet : voilà les plus fréquentes. On a le plus souvent affaire à deux sommets, puis un sommet et un siège, un siège et un sommet, ou bien enfin deux sièges. Les autres présentations sont extrêmement rares.

De l'Accouchement dans la grossesse gémellaire.

Bien que l'accouchement gémellaire ne soit ordinairement qu'une succession de deux accouchements simples, il présente souvent une physionomie bien différente

On observe donc deux accouchements successifs, qui ont lieu, on le sait, assez rarement à terme, surtout chez les primipares. Et comme on peut le voir dans presque toutes les observations citées plus loin, c'est surtout vers le huitième ou huitième mois et demi qu'a lieu l'accouchement.

Tarnier considère comme un fait exceptionnel lorsque la durée totale du travail est la même que dans la grossesse simple. « Elle est souvent beaucoup plus longue. On doit l'attribuer au manque d'énergie des contractions d'un utérus trop distendu, et à la résistance offerte à ces contractions par un col n'ayant pas suffisamment subi le ramollissement, normalement subi par tout col d'utérus gravide dans une grossesse complètement à terme. » Elle est en général plus longue et la période de dilatation et la période d'expulsion sont toutes deux prolongées d'une façon anormale. Et il explique ce fait en disant : « La présence du second œuf dans la matrice est une cause de déperdition des forces destinées à l'expulsion du premier enfant, car l'effet des contractions utérines se dissémine, et se perd en partie sur celui des jumeaux, qui n'est pas en rapport avec les ouvertures du bassin. Dès lors on comprend sans peine que l'intensité des contractions utérines finisse par s'affaiblir et que le travail languisse. »

Monteiro, dans un travail basé sur les observations recueillies dans le service de M. le professeur Pinard, arrive à des conclusions opposées et pour lui, dans la plupart des cas, la durée de la période d'efface-

ment et de dilatation, celle de la période d'expulsion et par conséquent la durée totale du travail sont sensiblement les mêmes que pour l'accouchement simple.

La durée totale du travail est de 9 heures chez les primipares, et de 8 heures chez les multipares. Quant à la période d'expulsion elle a duré de 5 à 30 minutes. Nous verrons tout à l'heure par l'étude des observations qu'il en est de même lorsque le dégagement s'est fait en O. P. D.

Du dégagement dans la grossesse gémellaire.

Si l'accouchement gémellaire n'est que la succession des deux accouchements simples, il en est de même du dégagement. Aussi dans une présentation du sommet le dégagement se fait ou en occipito-pubienne : c'est la variété la plus fréquente, ou en occipito-sacrée : c'est une terminaison infiniment plus rare.

Les anciens accoucheurs avaient bien observé cette dernière présentation, la seule qui nous occupe. Ils l'appelaient « dégagement du vertex face en-dessus » parce que la tête de l'enfant, bien qu'en variété céphalique fléchie, ayant effectué une rotation inverse à celle de « la face en-dessous » était directement placée contre la symphyse pubienne. Mais aucun ne l'avait sans doute observé dans l'accouchement gémellaire,

car pas un n'en fait mention, et il faut arriver jusqu'à notre époque pour en voir une très courte mention dans les traités classiques.

Il était de croyance générale au ^{xvii}e siècle que, comme le dit Mauriceau, dans les présentations du sommet en variété postérieure, le travail était plus prolongé et plus laborieux surtout quand l'enfant venait « face en-dessus ».

« La troisième de ces causes particulières, écrit-il, c'est que dans le temps des douleurs de la mère, son ventre en se contractant comprime la matrice sur l'inégalité des bras et des jambes de l'enfant qui sont en-dessus comme la face, ce qui fait que le mouvement de la douleur étant intercepté ne peut pas si facilement pousser l'enfant dehors que si la compression se faisait sur le dos de l'enfant, comme il arrive quand il à la face dessous, ce qui est sa situation naturelle. » (1).

Le même Mauriceau rapporte dans une autre observation :

« J'ai accouché une femme d'une petite fille qui venait la face en-dessus, ce qui prolongea tellement le travail de la mère, qu'elle en fut beaucoup fatiguée durant deux jours entiers, n'ayant en tout ce temps que de très méchantes douleurs qui rejailissant vers les reins, sans se déterminer en bas, ne purent qu'à grand'peine expulser l'enfant... La mère accoucha heureusement de cet enfant qui se portait

1. *Œuvres complètes*, t. I, l. II, ch. x, Paris, 1721.

bien mais qui n'était que de médiocre grosseur, à comparaison de ses précédents enfants, mais il aurait été expulsé bien plus promptement qu'il ne le fut s'il avait eu la face tournée en-dessous. »

Deventer, de la Motte, Levret et tous les anciens accoucheurs ont observé cette variété de dégagement en O.P.D. Tous sont d'avis que les accouchements sont plus longs et plus difficiles. « L'enfant qui a le visage en-dessus », écrit de la Motte, « est arrêté plus longtemps au passage », et dans une heureuse et amusante comparaison il les assimile « à deux hommes qui nagent également bien, et qui veulent faire la même route. Il leur est impossible d'avancer sur le dos, comme quand ils nagent sur le ventre, quelques efforts qu'ils fassent, quoiqu'ils avancent toujours, la vraie situation d'un nageur étant d'être sur le ventre, comme celle d'un enfant de venir dans l'accouchement la face en-dessous ». Et cependant, ajoute-t-il : « Je n'ai pas trouvé, après toute réflexion faite, qu'il ait péri plus d'enfants en cette position quoique extraordinaire. »

Baudelocque les rangeait parmi les mauvaises positions qu'il opposait aux bonnes et, pour lui, la sixième, c'est-à-dire la position en occipito-sacrée, était la plus mauvaise.

Mais il ajoute qu'heureusement dans ces mauvaises positions, les dimensions de la tête de l'enfant sont constamment beaucoup plus petites que celles du bassin de la femme ; mais « malgré ce rapport

favorable, la tête ne s'engage encore qu'avec grande difficulté ».

Plus tard l'illustre M^{me} Lachapelle considère que ce sont des positions fâcheuses, car des multitudes d'exemples nous prouvent tous les jours quelles nombreuses sources de difficultés elles créent.

Noëgelé eut le mérite de montrer que le dégagement de la face sous l'arcade pubienne était l'exception, que presque toujours l'occiput effectuait sa rotation par le chemin le plus long, mais le plus favorable, et que le dégagement se faisait le plus souvent en occipito-pubienne.

Capuron pense que dans les occipito-postérieures « l'accouchement est en général très difficile, et même impossible sans le secours de l'art ; il n'est possible par les seules forces de la nature que quand le bassin a plus de largeur, ou la tête de l'enfant moins de volume qu'à l'état normal. Dans le cas contraire le forceps est toujours indispensable pour assurer le salut de la mère et de l'enfant ».

Beaucoup plus tard Cazeaux, après avoir déclaré que le pronostic des variétés postérieures n'offrait en général aucune gravité, s'exprime ainsi sur la question : « La position postérieure gauche m'a toujours paru offrir plus de difficulté que la postérieure droite ; l'engagement de la tête est en général plus difficile, et sa rotation plus lente à s'opérer. Assez souvent même, l'occiput resté en arrière met obstacle à la terminaison spontanée du travail chez les primipa-

res, et l'application de forceps qui devient alors nécessaire est beaucoup plus laborieuse. »

Telles sont encore les opinions des auteurs plus récents, Scanzoni, Santex, Macdonald, qui s'étendent longuement sur le mécanisme de ces occipito-sacrées, et pensent que cette terminaison est plus fréquente dans les positions gauches que dans les droites. Ce dernier auteur pense du reste que dans les occipito-postérieures la rotation de l'occiput en avant se produit presque toujours avec un bassin large et bien conformé, et une tête de grosseur moyen ne ; la rotation en arrière se présente au contraire presque invariablement dans les cas où la tête est disproportionnée avec le bassin.

Et M. le professeur Tarnier dans la *Semaine médicale* du 2 janvier 1899 conclut ainsi à propos de « ces accouchements où l'occiput se place vis-à-vis le sacrum » : « Ce sont des accouchements longs et pénibles dont l'issue est incertaine, compromettant les enfants, exposant les mères par suite de la prolongation inusitée du travail à des compressions dangereuses et à des opérations. » Enfin, dit-il plus tard dans le *Journal des sages-femmes* : « Les applications de forceps en sont pénibles pour l'accoucheur et plus dangereuses pour l'enfant. »

Au point de vue du pronostic de la durée du travail, Depaul conseille une prudente réserve, et pense « que dans les variétés postérieures un temps très long pourra être nécessaire pour que le mouvement

de rotation ramène la partie postérieure de la tête en avant ».

Enfin MM. Chantreuil et Tarnier dans leur *Traité de l'art des accouchements* (1888) écrivaient : « La présence de l'occiput en arrière est une des causes les plus fréquentes de la prolongation du travail, en général, celui-ci dure 4 à 5 heures de plus que dans les occipito-antérieures... Les phénomènes physiologiques du travail révèlent une physionomie particulière, les contractions utérines sont irrégulières, l'orifice utérin se dilate difficilement. La lenteur du travail amène une grande fatigue générale, l'épuisement de la parturiente, l'inertie de la matrice, et quelquefois secondairement l'hémorragie *post-partum*. Aux lésions qui résultent du séjour prolongé de la tête dans l'excavation, il faut encore joindre les accidents liés plus spécialement à la position, nous voulons parler des déchirures de la commissure postérieure de la vulve, produites par le dégagement de l'occiput en arrière. C'est particulièrement dans ces circonstances que l'on observe les ruptures centrales du périnée, ces déchirures étendues qui comprennent le sphincter anal et la cloison recto-vaginale. »

Mécanisme du dégagement en O. P. D.

Maintenant que nous avons ébauché l'historique de la question, en relatant d'une façon impartiale

l'opinion des différents auteurs, nous allons essayer de montrer comment se fait le mécanisme du dégagement en O. P. D. dans la grossesse simple, à quoi il est dû, et quelles en sont ses conséquences. Et bien que l'avis général et unanime soit défavorable à ce dégagement, tant au point de vue de la mère qu'au point de vue de l'enfant, nous essayerons de montrer que le pronostic n'en est pas plus défavorable et que la durée du travail, du moins chez les multipares, n'en est pas beaucoup plus augmentée. Tant il est vrai que la nature se charge le plus souvent de terminer l'accouchement sans inconvénient ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Les traités classiques décrivent généralement six temps dans tout accouchement par le sommet. Dans le dégagement en O. P. D., ces temps sont les mêmes, sauf pour le troisième et le quatrième qui sont, le premier un temps de rotation intra-pelvienne en sens inverse bien entendu, le second un temps de dégagement.

Au troisième temps donc (temps de rotation intra-pelvienne) l'occiput au lieu de revenir en avant tourne en arrière et en bas, et vient se loger dans la cavité du sacrum. Au toucher on constate que la fontanelle postérieure se trouve en arrière au voisinage du coccyx, tandis que la fontanelle antérieure se trouve en avant, plus ou moins distante de la symphyse pubienne, mais sur la ligne médiane.

Le quatrième temps est celui de dégagement : Lorsque l'occiput a tourné en arrière, le dégagement

peut se faire de deux façons différentes : 1° Tantôt le front apparaît le premier hors de la symphyse du pubis, avec le bord inférieur de la racine du nez, et l'on voit successivement se dégager au niveau de la commissure postérieure le bregma, la suture inter-pariétale, la fontanelle postérieure et l'occiput. Le dégagement se fait ainsi par flexion progressive. Lorsque l'occiput a franchi la commissure postérieure, le reste de la tête située en avant se dégage par déflexion, c'est-à-dire qu'on voit rapidement apparaître le nez, la bouche et le menton.

2° D'autres fois le mouvement de flexion est plus accentué encore : le front se colle derrière la symphyse, l'occiput se dégage le premier au niveau de la commissure postérieure, puis le reste du dégagement se fait par déflexion de la tête.

Les cinquième et sixième temps, rotation externe de la tête hors des parties maternelles, et le dégagement des épaules et du tronc ne présentent rien de particulier.

Il est incontestable que ce mécanisme est identique dans la grossesse double, si on la considère comme une succession de 2 accouchements simples.

A quoi est dû ce dégagement en O. P. D. et quelles en sont les conséquences ?

Ce mode de terminaison s'observe le plus souvent lorsque l'accommodation est gênée où empêchée, lorsqu'il y a vice de conformation du bassin (bassin rachitique, bassin oblique ovalaire), lorsqu'il y a saillie de l'épine sciatique où saillie des versants sur les

plans latéraux du bassin (?) dans le cas d'obliquité utérine (Deventer, Bandelocque), mais surtout du côté de l'enfant lorsque la tête est petite.

Dans les 6 observations de dégagement en O. P. D. rapportées par le docteur Bataillard (Thèse Paris, 1889) nous trouvons les diamètres suivants :

	1 ^{er} enfant	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e
O F	11 cent.	11 c.	Mort et macéré.	10,5	10,5	10,5
O M	13 »	12 1/2		12,7	12,5	12,8
Bi P	9 »	9 »		9,1	9,1	9,2
Bi T	8 »	8 »		8,1	7,8	8
SOB	9 1/2	9 1/2		9,7	9,5	9,5

Les chiffres de ce tableau sont d'une constance remarquable. Toutes ces têtes sont des têtes petites, et qui plus est, petites dans tous leurs diamètres. Il est curieux de remarquer que les trois diamètres (bi-pariétal, bi-temporal, et sous-occipito-bregmatique) ne présentent pas respectivement un écart supérieur à 2 millimètres !

Les autres causes qui favorisent ce dégagement sont l'hydramnios, le faible volume du fœtus, l'état de macération de celui-ci, et surtout dit Bataillard, « les manœuvres intempestives tant manuelles qu'instrumentales semblent être des conditions favorables à sa production ».

Il est certain que l'une ou l'autre de ces causes vient empêcher la bonne accommodation pelvienne et favoriser la mauvaise présentation.

Dans la thèse de Bataillard, on observe les conclusions suivantes au point de vue du dégagement dans les variétés postérieures.

Sur 311 observations de variétés postérieures nous avons :

251 fois O. I. D. P.

54 fois O. I. G. P.

Le dégagement a eu lieu :

304 fois en O. P.

6 fois en O. S.

ce qui donne une proportion de 1,938 o/o

1 fois en O. I. G. P. non réduite.

La terminaison spontanée a eu lieu :

290 fois soit 93, 67 o/o.

21 fois, au forceps, soit 6, 78 o/o.

La durée moyenne du travail a été de :

14 heures 22 pour les primipares.

7 heures 50 pour les multipares.

Sur 1060 présentations du sommet, le dégagement en O. P. D. s'est fait 6 fois, soit 0, 57 o/o, et chaque fois la terminaison a été spontanée.

La durée totale du travail a été de 8 heures, 4 h. 15, 11 heures, 2 heures, 7 heures et 2 h. 45 ; soit une moyenne de 5, 50 environ.

Une de ces observations se rapportait à une grossesse gémellaire, c'est la seconde. En voici le résumé en quelques mots :

« Femme de 28 ans, IV-pare. Grossesse double. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète, 3 h. 15 après l'apparition des premières

douleurs. Une demi-heure après naissance du premier enfant vivant pesant 2.600 grammes s'étant présenté par le sommet en O. I. G. A.

Une demi-heure après, naissance d'un second garçon vivant pesant 2.640 grammes. Dégagement de la tête en O. P. D. Durée totale du travail: 4 h. 15. Périnée intact. Longueur totale 45 centimètres. Délivrance naturelle 15 minutes après l'accouchement. Injection intra-utérine.

Etat de l'enfant à la sortie : Bon.

Enfin ces six observations se rapportaient à des multipares et il est à remarquer que dans les 6 cas le dégagement en O. P. D. n'a été préjudiciable ni à la mère, ni à l'enfant.

Le Dr Corbière dans sa thèse (Paris, 1893) relate 26 cas de dégagement en O. P. D., ce qui sur 984 accouchements dans lesquels l'occiput était tourné vers la partie postérieure du bassin donne une proportion de 2, 64 o/o.

Dans presque tous les cas, l'accommodation a été gênée ou empêchée tantôt par une tumeur utérine, ou extra-utérine, tantôt par une distension exagérée de l'utérus (hydramnios), par l'insertion du placenta sur le segment inférieur, comme on s'en rend compte dans la mensuration des membranes, tantôt le fœtus est trop petit, de poids trop faible ou les diamètres de la tête sont très petits.

Quant au pronostic si réservé des anciens auteurs, il nous est facile de voir qu'il doit être sensiblement **modifié**.

Bataillard dans les 6 observations qu'il rapporte trouve une mortalité nulle pour la mère et pour l'enfant.

Corbière est absolument d'accord au point de vue mortalité : « Pas une femme n'a succombé, et si 3 enfants sont morts, pas une fois on ne peut incriminer le dégagement en arrière : l'un est mort de syphilis, le deuxième 4 jours après sa naissance et le troisième était un fœtus de 850 grammes qui est mort le lendemain de l'accouchement, et dont le placenta contenait 4 ou 5 foyers hémorragiques. Mais pas un n'a succombé pendant le travail où des suites du travail. »

Enfin sur ces 26 observations, Corbière a noté 3 fois l'extraction au forceps, soit une proportion de 11,53 o/o.

« Mais, ajoute-t-il, deux interventions eurent lieu sur des femmes malades : l'une cardiaque, l'autre albuminurique. »

Les 6 accouchements de Bataillard s'étaient terminés spontanément, soit sur 32 cas une proportion totale de 9,37 o/o.

Nous avons voulu faire une statistique des dégagements en O. P. D. prise sur une année récente (1903) et voir si cette statistique était conforme à celles obtenues antérieurement.

Or en 1903 nous avons trouvé sur 2.161 accouchements 1.954 présentations du sommet dont 651 en variété postérieure.

On a observé 16 fois le dégagement en O. P. D.,

soit une proportion de 2,45 o/o ; 3 fois il y a eu application de forceps, soit une proportion de 18,7 o/o.

En ajoutant ces chiffres à ceux déjà obtenus par MM. Bataillard et Corbière nous avons trouvé pour la grossesse simple dans les présentations en variété postérieure :

Bataillard. 1,93

Corbière. 2,64

Bayard. 2,45

soit au total une proportion de 2,34 o/o.

Mais cette proportion est plus faible encore si l'on compte sans distinction toutes les présentations du sommet.

Sur 1.954 accouchements, on obtient seulement la proportion de 0,81 o/o, qui serait un peu plus élevée que celle de Bataillard, celle-ci n'étant que de 0,57 o/o.

Du dégagement en O. P. D. dans la grossesse gémellaire.

De la Motte dans son *Traité des Accouchements* (1765) écrivait : « On peut dire qu'il n'y a point d'accouchement qui entraîne après soi plus de dangers, qui expose la mère à plus d'accidents et le chirurgien à prendre plus de mesures, que celui où la femme accouche de deux enfants, ce qui me fait dire avec bien de la justice qu'un accouchement de deux enfants a de quoi surprendre le nouvel accoucheur, puisque les plus anciens et les plus expérimentés ne sont pas exempts d'en essuyer les disgrâces. »

Est-ce à dire que de par leur situation respective dans la cavité utérine les 2 fœtus soient serrés, comprimés l'un contre l'autre, et l'accommodation est-elle rendue plus difficile ? En un mot, la grossesse gémellaire prédispose-t-elle aux présentations irrégulières ?

Oui, certainement, et nous allons le voir, on trouve beaucoup plus fréquemment que dans la grossesse simple des variations dans les présentations. Mais en thèse générale on peut affirmer qu'une grossesse gémellaire n'a rien qui doive effrayer, et combien à présent nous sommes loin du pronostic si fâcheux de de la Motte, puis chez une femme normale et bien

constituée la mortalité maternelle et foetale est nulle ou presque nulle !

Pour Cazeaux la présentation des 2 foetus par le sommet était de 47 o/o, pour Depaul 46 o/o : la présentation des 2 foetus par le siège n'étant que de 11 o/o.

Dans 40 o/o des cas, l'un des foetus se présente par le sommet, l'autre par le siège où inversement. Depaul trouve un chiffre légèrement inférieur, soit 33,5 o/o.

Les chiffres de M. le professeur Pinard sont identiques. Beaucoup plus rarement, nous l'avons dit, on observe par ordre de fréquence des présentations de l'épaule, de la face et du front, celles-ci variant dans des proportions comprises entre 3 et 1/2 o/o.

Dans sa thèse de Paris, 1897, Jullien note des chiffres légèrement différents, en même temps qu'il insiste sur la durée de la gestation, qui dure environ 8 mois ou 8 mois 1/2.

En 62 ans, de 1835 à 1896 sur 53.303 accouchements qui eurent lieu à l'hôpital de la Clinique, on observe :

464 grossesses gémellaires.

7 » triples.

soit 1 gémellaire par 113 accouchements.

Et par ordre chronologique on observe :

au 3 ^e mois.	2 cas.
au 4 ^e mois.	8 cas.
au 5 ^e mois.	13 cas.
au 6 ^e mois.	24 cas.

de 7 mois à 7 1/2. 58 cas.

de 7 1/2 à 8. 105 cas.

de 8 à 8 1/2. 144 cas.

de 8 1/2 à 9. 110 cas.

On voit donc que c'est surtout entre 8 mois et 8 mois 1/2 qu'a eu lieu le plus grand nombre d'accouchements doubles.

Les présentations furent les suivantes :

2 sommets	176 fois	soit 39,84 o/o
Sommet et siège	{ 176 fois < $\frac{128}{48}$	soit 39,84 o/o
Siège et sommet		

L'intervalle entre l'expulsion des deux jumeaux a été de 10 à 20 minutes en moyenne. C'est de beaucoup cet intervalle que l'on rencontre le plus fréquemment. Cependant les résultats des observations de Jullien varient entre 3 minutes et 71 heures !

Les chiffres que nous avons obtenus dans nos statistiques sont les suivants :

Sur 359 grossesses gémellaires observées à la clinique Baudelocque de 1891 à 1905 nous avons trouvé :

1891. 29 gémellaires. 10 primipares. 19 multipares.

1^{er} enfant 24 prés. du sommet. 3 O.I.D.P. (?) 1 dég. en O.P.D.

5 » siège.

2^e enfant 19 » sommet. 5 O.I.D.P. 2 dégag. en O.P.D.

10 » siège.

1892. 20 gémellaires. 10 primipares. 10 multipares.

1^{er} enfant 15 prés. du sommet. 3 O. I. D. P. 1 O. I. D. T.

5 » siège.

2^e enfant 14 prés. du sommet. 1 dé gag. en O. P. D.

5 » siège.

1893. 21 gémellaires. 5 primipares. 15 multipares.

1^{er} enfant 14 prés. du som. 4 O. I. D. P. 1 O. I. D. T. 2 O. I. G. P.

6 » siège.

2^e enfant 15 prés. du sommet. 6 O. I. D. P. 2 O. I. G. T.

4 » siège. 1 dé gag. en O. P. D.

1894. 22 gémellaires 9 primipares. 13 multipares.

1^{er} enfant. 17 prés. du som. 2 O. I. D. P. 2 O. I. G. P. 2 O. I. D. T.

1 » siège.

2^e enfant 12 prés. du sommet. 4 O. I. D. P.

7 » siège. 1 dé gag. en O. P. D.

1895. 26 gémellaires. 10 primipares. 16 multipares.

1^{er} enfant. 25 prés. du som. 4 O. I. D. P. 2 O. I. G. P. 2 O. I. D. T.

1 » siège.

2^e enfant 13 prés. du sommet. 3 O. I. D. P. (?).

9 » siège.

1896. 32 gémellaires. 10 primipares. 22 multipares.

1^{er} enfant 24 prés. du som. 5 O. I. D. P. 1 O. I. G. P. 1 O. I. D. T.

7 » siège. 1 dé gag. en O. P. D.

2^e enfant 20 prés. du sommet.

10 » siège. 1 dé gag. en O. P. D.

1897. 22 gémellaires. 13 primipares. 9 multipares.

1^{er} enfant 15 présent. sommet. 4 O. I. D. P. 1 O. I. G. P.

7 » siège.

2^e enfant 12 présent. du sommet. 2 O. I. D. P. (?).

8 » siège.

1898. 27 gémellaires. 7 primipares 20 multipares.

1^{er} enfant 11 présent. sommet. 7 O.I.D.P.

15 » siège (?) 1 dé gag. en O.P.D.

2^e enfant 17 présent. sommet. 3 O.I.P.D.

9 » siège. 2 dé gag. en O.P.D.

1899. 27 gémellaires. 6 primipares. 21 multipares.

1^{er} enfant 20 prés. sommet 3 O. I. P. D.

6 » siège. 1 dé gag. en O.P.D.

2^e enfant 17 présent. sommet.

10 » siège. 2 dé gag. en O.P.D.

1900. 29 gémellaires. 11 primipares. 18 multipares.

1^{er} enfant. 19 prés. du sommet. 5 O.I.D.P.

8 » siège.

2^e enfant. 14 prés. du sommet. 3 O.I.D.P.

13 » siège.

1901. 30 gémellaires. 8 primipares. 22 multipares.

1^{er} enfant. 19 prés. du sommet. 4 O.I.D.P. 1 O.I.G.P.

9 » siège.

2^e enfant. 11 prés. du sommet. 3 O.I.D.P.

16 » siège.

1902. 23 gémellaires. 9 primipares. 14 multipares.

1^{er} enfant. 18 prés. du sommet. 7 O.I.D.P.

4 » siège.

2^e enfant. 11 Prés. du sommet. 2 O.I.D.P.

10 » siège. 1 dé gag. en O.P.D.

1903. 28 gémellaires. 10 primipares. 18 multipares.

1^{er} enfant. 16 prés. du sommet. 4 O.I.D.P., 1 O.I.D.T.

11 » siège.

2^e enfant. 15 prés. du sommet. 6 O.I.D.P.

12 » siège.

1904. 23 gémellaires.

1^{er} enfant. 17 prés. du sommet. 4 O.I.D.P.

6 » siège. 2 dégag. en O.P.D.

2^e enfant. 18 prés. du sommet. 5 O.I.D.P.

4 » siège. 1 dégag. en O.P.D.

On voit par ces chiffres combien sont fréquentes les présentations normales du sommet, surtout pour le premier enfant, et combien aussi on observe de positions postérieures, surtout de droites.

Et chaque fois que le dégagement en O. P. D. a été observé, la position primitive était presque toujours une variété postérieure, mais plus fréquemment des droites que des gauches, contrairement à ce que l'on observe dans la grossesse simple, car si l'on s'en rapporte au travail de Corbière, on trouve ce que Macdonald avant lui avait déjà signalé :

3,29 0/0 pour les gauches postérieures.

1,28 0/0 » droites »

Il semble donc que comme dans la grossesse simple il y a lieu d'admettre une accommodation régulière, mais beaucoup plus susceptible de varier, surtout pour le second enfant. Nous verrons par les observations que la position du second enfant est sujette à de grandes variétés, c'est pourquoi on observe si souvent le dégagement en O.P.D. (soit 2 fois plus fréquemment).

On doit donc tenir compte des facteurs principaux de l'accommodation, c'est-à-dire de la forme de l'utérus, de son développement aux diverses époques de la grossesse (On devine quelle importance peut avoir

ce facteur, si l'on se rappelle combien fréquemment ont lieu les accouchements prématurés dans la grossesse double).

Et enfin, comme dit Hirigoyen dans sa thèse (Paris, 1879) : « De nombreuses particularités entrent en jeu, qui ne se retrouvent pas dans la grossesse simple, par exemple le développement beaucoup plus rapide de la matrice, l'amincissement de ses parois, le relâchement plus considérable des couches musculaires et aponévrotiques de l'abdomen, le volume moindre des enfants, l'abondance souvent exagérée de liquide amniotique. »

Toutes ces conditions ont à coup sûr une influence marquée. Elles expliquent la difficulté de l'accommodation admise par les auteurs et la fréquence des présentations dites irrégulières ou accidentelles.

Hergott (Thèse, Strasbourg, 1839), dans un fait observé à la clinique de Strasbourg, fait remarquer que « la matrice avait une forme irrégulière et oblique, les 2 têtes étaient situées aux angles de l'utérus et formaient 2 tumeurs séparées par une dépression, la droite étant beaucoup plus élevée que la gauche ».

Tarnier ne dit-il pas aussi que la fréquence de la présentation du siège chez l'un des jumeaux est une raison de plus de penser que l'enfant cherche à s'accommoder à la forme de l'ovoïde utérin, c'est vraisemblablement pourquoi, lorsque le premier jumeau présente le sommet ou le siège, le deuxième se place en sens inverse.

Un peu plus loin Hirigoyen conclut dans son travail : « A la fin de la grossesse la cavité utérine représente un ovoïde dont la pointe regarde en bas. A cette époque les deux sièges constituent la partie la plus volumineuse de la masse fœtale, par suite ces extrémités se placeront en haut et nous trouverons le plus souvent une présentation double du sommet.

A une époque moins avancée, la cavité utérine devenue à peu près sphéroïdale, les fœtus s'accommoderont à cette forme, en opposant leurs extrémités les plus volumineuses, de sorte que l'un se présentera par le sommet, l'autre par le siège.

Enfin dans les premiers temps de la grossesse, la matrice étant plus développée surtout dans son fond, et les deux têtes formant la grosse extrémité de l'œuf double, il y aura le plus souvent présentation de deux sièges. »

Et il prouve ses assertions par de nombreuses observations.

Donc en résumé, en plus de toutes ces causes particulières à la grossesse double, qui viennent gêner ou empêcher l'accommodation, on doit ajouter celles que nous avons citées plus haut pour la grossesse simple, et qui doivent influencer dans nombre de cas.

Enfin, et ceci n'est pas le moins important : Encore plus souvent que dans la grossesse simple le faible poids de l'enfant, la petitesse de sa tête et surtout l'étroitesse de son diamètre bi-pariétal (diamètre utile) viennent chaque fois favoriser le dégagement en O. P. D.

Nous avons résumé dans les deux tableaux qui suivent les diamètres des 17 observations que nous publions à la fin de cet ouvrage.

Dans le tableau I (diamètres du premier enfant), on voit que le diamètre O. M. dépasse deux fois seulement 13 centimètres, diamètre normal (obs. I et X), et dans le tableau II (diamètres du deuxième enfant), n'atteint pas une fois ce chiffre. L'O. F. qui est normalement de 12 centimètres n'est atteint qu'une fois (tableau I, obs. I) et pas une fois dans le tableau II. Il en est de même des autres diamètres.

Quant au diamètre bi-pariétal, qui est le diamètre transverse maximum, dans un seul cas (tableau I, obs. XIV), il atteint 9 cm. 1/2, et une seule fois aussi pour le second enfant il atteint ce chiffre (tableau II, obs. I). (On sait que normalement le bi-pariétal est de 9 cm. 5).

TABLEAU I
Diamètres du premier enfant.

Diamètres	Observation	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII
OM	15.3		11	11.5	12.8	11.4	10.5		10.2	13.2	12.8	12.4		12	11.6		
OF	12		10.1	11	10.3	10	10.5		9	11	10.6	10.4		10.7	9.4	10.8	10
SOB	9.5		8.9	8.5	9.8	9.5	9.4		8	8.9	9	9.3		9.1	9.7	9.1	9
SOF	10.6		9.2	9.6	10.5	10.1	10.6		8.5	9.5	9.5	10		10.1	9.8	9.8	10.2
BIP	9		8.2	8.7	8.9	8.5	8.5		7.6	9.1	8.8	9		9.5	8.9	9	9
BIT	7.2		7.1	7.5	6.9	7.7	7.7		6.5	7.7	7.8	7.5		7	7.7	8.2	7.2
SMB	9.2		8.6	10.5	10.1	9.5	10		8.5	9	9.3	9.5		9.9	9.8	9.4	12

Mort peu après la naissance.

Mort quelques heures après la naissance.

TABEAU II
Diamètres du second enfant.

	Observation	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII
OM		12.9	11	10.2	11.5	12.3	12.3	12	12.3	10.2	11.6	12.2	11.1		12.2	11.8	12.2	12
OF		11.6	10.5	10	10.5	10.8	10.8	11.4	11.1	8.7	10.4	11.4	10.3		11.5	10.1	11.2	11.5
SOB		10	9	9.5	8.8	9.6	9	9	9.4	7.7	10	9.6	9.4		9.5	9.8	9.7	10.3
SOF		11	10.1	9.7	10.4	10.9	9.9	10.5	10.9	8.2	10.8	10	10.3		10.4	9.6	10.5	11.6
BIP		9.5	8.5	8.9	9	9.1	8.4	9.6	8.2	7.5	8.6	9.2	8.7		9	8.6	9.2	8.5
BIT		8.3	8	6.8	8	7	7.3	8	6.5	6	7.8	8	7.8		7.2	7.9	7.6	6.5
SMB		10.3	9.9	9	10.5	10.7	9.3	9.5	9.8	9.1	9.8	10	9.6		9.2	9.4	9.7	10

Mort peu après la naissance.

Fréquence et statistique des O. P. D. dans les grossesses doubles.

Nous venons de voir les causes qui rendaient plus fréquent le dégagement en O. P. D. dans la grossesse gémellaire.

Le tableau ci-dessous va nous montrer les proportions suivantes :

Sur 359 observations de gémellaires, le dégagement en O. P. D. a été noté 18 fois, soit une proportion générale de 5,016 o/o.

Il a été observé 6 fois chez le premier enfant et 12 fois chez le second, soit exactement 2 fois plus souvent. Une seule fois, le dégagement en O. P. D. a été observé chez les deux enfants (Observ. XIII, année 1899, n° 686). (Dans l'un des œufs, il y avait 3.100 grammes de liquide).

On peut donc poser en principe que dans la grossesse double le dégagement en O. P. D. a lieu environ :

1,67 o/o pour le premier enfant ;

3,34 o/o pour le deuxième enfant.

Proportion des O.P.D. chez les Gémellaires.

Années	Nombre de gross. doubles	Dégagements en O.P.D.	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant
1891	29	3	1	2
1892	20	1	»	1
1893	21	1	»	1
1894	22	1	»	1
1895	26	»	»	»
1896	32	2	1	1
1897	22	»	»	»
1898	27	3	1	2
1899	27	3	1	2
1900	29	»	»	»
1901	30	»	»	»
1902	23	1	»	1
1903	28	»	»	»
1904	23	3	2	1
Total	359	18	6	12

*De la durée du travail dans l'accouchement
en O. P. D. dans la grossesse gémellaire.*

La durée du travail n'est pas souvent beaucoup plus longue que dans l'accouchement ordinaire. On doit l'attribuer au manque d'énergie des contractions d'un utérus trop distendu et à la résistance offerte à ces contractions par un col n'ayant pas suffisamment subi le ramollissement que doit subir normalement tout col d'utérus grévise dans une grossesse complètement à terme.

Dans les observations que nous citons à la fin de ce travail nous trouvons :

I	12 h. 30.	X	11 h. 40 (1 Pare).
II	5 h. 45.	XI	13 h. 20.
III	6 h. 30.	XII	5 h. 40.
IV	5 h. 20.	XIII	8 h. 35 (?)
V	7 h.	XIV	24 h. (1 Pare).
VI	11 h. 50.	XV	15 h. 20.
VII	12 h. 5 (1 Pare).	XVI	27 h. (1 Pare).
VIII	40 h. 40 (1 Pare).	XVII	4 h. 30.
IX	3 h. 25.		

soit une moyenne de 8 h. 10 pour les multipares. La plus longue durée du travail a été de 15 h. 20 (obs. XV), la plus courte a été de 3 h. 25 (obs. IX).

Pour les primipares cette moyenne est beaucoup plus élevée, elle est de 25 h. 5.

La plus longue durée a été de 40 h. 40, la plus courte a été de 11 h. 40.

Et si dans sa thèse de doctorat (Paris, 1897). Guererro cite les observations de femmes accouchées à la clinique Baudelocque le 18 février 1890, le 5 juillet et le 24 juillet 1891, dont le travail a duré respectivement 163, 111, et 107 heures, il conclut que ces faits sont tout à fait exceptionnels, et qu'à côté de cela il a observé deux femmes dont le dégagement a eu lieu en occipito-sacrée, et dont la durée totale du travail a été l'une de 55 minutes (et qui était une primipare !) et l'autre de 1 heure.

D'ailleurs même pour l'observation dont la durée du travail a été de 163 heures, on n'a observé qu'une légère érosion vulvo-vaginale insignifiante, et la nature s'est chargée de délivrer la femme sans qu'il en résulte aucun accident fâcheux ni pour elle ni pour son enfant.

Durée de la période d'expulsion.

Quant à la durée de la période d'expulsion elle est absolument normale. On sait qu'elle est un peu plus longue chez les primipares où elle est en moyenne de trois quarts d'heure à une heure. Chez les multipares, elle dépasse rarement une demi-heure.

Dans les observations citées plus loin, on verra qu'elle a atteint une fois dix-neuf heures chez une primipare à laquelle on dut faire une application de forceps (obs. VIII).

Dans une autre (obs. X) elle fut de 3 h. 5. Il est

vrai qu'on se trouvait en présence d'une primipare âgée (28 ans) et l'on sait que celles-ci mettent toujours plus de temps pour accoucher à cause du peu de souplesse du bassin mou, et du défaut de mobilité du coccyx.

Voici du reste un tableau comparatif de la durée d'expulsion dans les observations de grossesse gémellaire :

I	2 heures.	?
II	1/2 heure	?
III	10 minutes	?
IV	22 minutes	30 minutes.
V	2 minutes	5 minutes.
VI	20 minutes	25 minutes.
VII	?	?
VIII	19 heures 20.	?
IX	?	?
X	3 heures 5	35 minutes.
XI	20 minutes.	?
XII	?	?
XIII	15 minutes.	10 minutes.
XIV	?	?
XV	?	?
XVI	20 minutes.	15 minutes.
XVII	10 minutes.	?

Du dégagement en O. P. D. dans la grossesse triple.

Enfin, on l'observe encore dans la grossesse triple. Guihal dans sa thèse sur la grossesse triple (Paris 1901) rapporte plusieurs observations où l'on

a observé le dégagement en O. P. D. surtout pour le deuxième et le troisième enfants.

Voici le bref résumé d'une de ses intéressantes observations :

OBSERVATION IV. — Accouchement prématuré à 7 mois 1/2. Grossesse triple. Premier et troisième enfants vivants ; deuxième macéré.

Dégagement en O. P. D. pour le troisième enfant, après s'être engagé par le sommet en D. T.

L'accouchement s'est fait spontanément. L'enfant est vivant et pèse 1720 grammes.

Diamètres. O. F. : 9,6. O. M. : 10. B. i. P. : 8,4. B. i. T. : 7,8. S. O. B. : 7.

Mais sur les 22 observations de grossesse triple que Guihal présente, un grand nombre sont malheureusement incomplètes et muettes sur la position du fœtus au moment du travail et sur la variété de dégagement. Il est donc impossible, dans ces conditions, d'ébaucher la moindre statistique.

Diagnostic des O.P.D.

« Il faut toujours porter la main, sur le ventre d'une femme incontinent, après qu'on a tiré un enfant de la matrice, pour reconnaître s'il en reste encore quelque autre, et principalement si l'on voit que l'enfant qui en est sorti n'est que de médiocre grosseur. » (1).

1. Mauriceau. *Aphorismes*, 211-216, t. I.

Cette citation du grand accoucheur qu'était Mauriceau semble bien un peu étrange aujourd'hui, bien que les moyens de diagnostic de la grossesse gémellaire aient en somme peu varié.

Mais s'il est quelquefois difficile de faire le diagnostic de présentation, à cause des nombreuses causes qui, nous l'avons vu, peuvent induire en erreur, du moins ne devra-t-on pas méconnaître la grossesse double, et en faire le diagnostic « à la Capuron ».

En 1828 dans son *Traité d'Accouchements* celui-ci écrivait : « Il serait important de savoir distinguer la grossesse composée d'avec la grossesse simple, au moins pendant le travail, afin de secourir la femme à propos et de pourvoir au salut des enfants dont elle est sur le point d'être mère. Mais on est forcé de convenir qu'il n'y a là-dessus que des signes vagues et bien équivoques durant la gestation, et avant la sortie ou l'extraction de l'un des deux jumeaux. »

Et pourtant l'auscultation était découverte et en 1618 Dionis avait écrit : « Dans les premiers mois, on ne peut pas reconnaître s'il y a deux enfants, on ne s'en aperçoit que quand ils commencent à remuer, et on a des signes certains quand en examinant le ventre de la femme on le trouve plus gros qu'il ne devrait être, s'il y a deux éminences, à droite et à gauche..... si en mettant les deux mains sur le ventre on sent plusieurs et différents mouvements aux deux côtés, si le ventre est tendu en rondeur, et non pas en pointe sur le devant ; si la femme est plus incommodée de cette grossesse que des autres, si le far-

deau de l'enfant lui fait de la peine à porter, si les jambes et les cuisses sont enflées, et même les lèvres de la matrice : tous ces signes assurent la pluralité d'enfants. »

Nous n'énumérerons pas ici les signes de la grossesse gémellaire que l'on trouve dans tous les traités classiques. Ce diagnostic une fois fait, on fera le diagnostic de position aussi précis que possible, et dans la position en O. P. D., on devra se rappeler qu'au toucher, pendant le travail, la fontanelle postérieure se trouve en arrière au voisinage du coccyx, tandis que la fontanelle antérieure se trouve sur la ligne médiane, plus ou moins distante de la symphyse pubienne. Quant à la suture sagittale elle regarde directement d'avant en arrière dans la direction du diamètre antéro-postérieur. D'ailleurs le diagnostic est d'autant plus facile que la tête est plus engagée. Et plus la tête est élevée, plus la fontanelle postérieure doit être cherchée en haut et en arrière.

Conduite à tenir et Pronostic.

Les positions dans lesquelles l'occiput reste en arrière peuvent, on le sait, se terminer spontanément. Telle n'était pas l'opinion de Capuron, qui prétendait « que l'accouchement n'était possible qu'avec le secours de l'art et quand le bassin avait plus de largeur et la tête moins de volume qu'à l'état normal ». Aussi recommandait-il toujours l'emploi du forceps.

Mais depuis les progrès de l'obstétrique ont montré que lorsqu'on se trouvait en présence d'une O. P. D. on ne devait jamais tenter de ramener l'occiput sous la symphyse pubienne. Nous ne parlerons donc pas de la rotation en occipito-pubienne, qui était recommandée par les anciens accoucheurs mais qui est totalement abandonnée aujourd'hui.

Dans la grossesse simple, on peut faire une application directe de forceps lorsqu'on se trouve en présence d'une occipito-sacrée, mais seulement dans les cas où il y a intérêt à terminer rapidement l'accouchement. On se souvient que sur les trente-deux accouchements en O. P. D. dans la grossesse simple dont nous avons parlé au début, on n'est intervenu que trois fois, et ce fut uniquement chez des femmes malades avant le travail. Souvent il fut plus long, plus difficile, mais il ne faut rien exagérer.

Dans les observations de grossesses doubles que nous avons citées, la durée du travail fut légèrement supérieure à celle des grossesses simples. Peut-être faut-il se rappeler ici que la durée du travail est un peu plus longue dans les positions postérieures que dans les antérieures, et que la période d'expulsion varie très peu.

Trois fois seulement on dut faire une application de forceps et une fois seulement l'enfant est mort après une période de travail de plus de quarante heures, et une période d'expulsion de plus de dix-neuf heures !

La première eut lieu chez une femme albuminu-

rique (obs. I) qui n'avait que des contractions utérines faibles, et dont le travail a été de 12 h. 30. L'application a été faite sur les deux enfants et ceux-ci n'en ont été nullement incommodés.

La seconde (obs. VII) chez une primipare dont le travail a duré 12 h. 5, et qui présentait une double procidence d'un pied et du cordon. L'enfant est vivant et bien portant, et avait un bi-pariétal de 9,6.

La troisième (obs. VIII) fut faite chez une primipare dont la durée totale du travail a été de 40 h. 40 et dont la période d'expulsion a été de 19 h. 20. L'enfant qui pesait 2.475 grammes est mort peu après la naissance.

Nous avons jugé bon de décrire en quelques lignes le manuel opératoire de l'application de forceps en position O. P. D. que nous empruntons à Tarnier :

« Une fois le forceps appliqué directement, on extraira l'occiput en arrière et, quand on commencera à tirer, on aura soin de relever fortement le manche de l'instrument, pour exagérer le mouvement de flexion de la tête et faire avancer l'occiput sur le périnée, pendant que le front remontera derrière le pubis. Quand l'occiput franchira la commissure antérieure du périnée on abaissera légèrement le manche du forceps pour faire dégager le front et la face au-dessous de la symphyse pubienne. » Et l'on devra toujours procéder avec une extrême lenteur, à cause des accidents graves qui pourraient résulter d'une intervention trop brusque et surtout trop prompté.

Cette anomalie n'a donc rien de défavorable et soit dans la grossesse simple, soit dans la grossesse gémellaire, il n'y a rien qui doive nous préoccuper outre mesure. On l'accusait d'être dangereuse pour la mère et l'enfant. Nous avons montré qu'il n'en était rien. Elle produisait souvent des déchirures considérables, souvent centrales du périnée ; deux ou trois fois seulement dans les grossesses simples nous avons noté de légères éraillures, deux fois seulement aussi dans les gémellaires.

Non seulement les O. P. ne sont plus à craindre, notre maître le professeur Pinard l'a assez souvent répété, mais les O. P. D. que craignait tant Mauriceau et que Baudelocque considérait comme les pires ne sont pas à redouter.

Enfin, si on est obligé d'appliquer le forceps, rap-pelons-nous ce principe : Laisser exécuter à la tête les mouvements qu'elle exécuterait spontanément dans un accouchement naturel. Mais la plupart du temps et sauf dans quelques cas rares où il y a intérêt à terminer rapidement l'accouchement laissons agir la nature, et sachons attendre.

Année 1891

OBSERVATION I

n° 329

M^{me} Marie C..., 22 ans, domestique, II-pare, entre à la clinique le 27 janvier 1891.

Albuminurie. — Application de forceps pour les deux jumeaux.

1^{er} Sommet engagé en D. P. Dégagement en O. P. D.

2^e Tête en bas et à gauche. Dégagement en O. P.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Sa mère a eu une grossesse double.

Antécédents physiologiques. — Réglée à 14 ans, régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Pleurésie en 1888.

Grossesses antérieures. — Année 1888. Avortement d'un fœtus mort de 4 mois 1/2.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, 6 juin 1890.

Hauteur de l'utérus, 44 centimètres.

Début du travail le 15 mars à 11 h. 1/2.

Dilatation comme 2 francs, complète à 8 h. 1/2 du matin, le 16 mars.

Rupture spontanée des membranes, le 16 mars à la dilatation complète.

Dégagement en occipito-postérieure directe.

Expulsion du premier à 11 heures 1/2, du deuxième à 12 heures.

Durée de la période d'expulsion $\left\{ \begin{array}{l} \text{pour le 1^{er} 3 heures} \\ \text{pour le 2^e 1/2 heure} \end{array} \right.$

Durée totale du travail, 12 heures 1/2.

Hémorragie, 4 heures après la délivrance. Injection prolongée à 50°.

Celle-ci eut lieu par expulsion spontanée une demi-heure après l'accouchement.

Deux placentas unis par un pont membraneux. Poids 1090 grammes.

Premier enfant 2820 grammes. Deuxième enfant 2470 grammes.

Longueur 49 centim.

OM 15,3

OF 12

SOB 9,5

SOF 10,6

BIP 9

BIT 7,2

SMB 9,2

Longueur 49 centim.

12,9

11,6

10

11

9,5

8,3

10,3

Année 1891

OBSERVATION II

N° 690

M^{me} Rosalie V..., femme de chambre, secondipare, entre à la clinique le 8 avril 1891.

1° Sommet engagé en G. A. Dégagement en O. P.

2° Tête en bas et à droite. Dégagement en O. P. D.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents physiologiques. — Régliée à 14 ans, irrégulièrement.

Antécédents pathologiques. — Emploi syphilitique.

Grossesses antérieures. — Année 1888. Accouchement prématuré à 6 mois d'un enfant mort à 2 jours.

Grossesse actuelle — D. R. fin septembre.

Age de la grossesse : 7 mois 1/2.

H. U. 32 centimètres.

Depuis deux mois surtout on observe une éruption papulo-

squameuse généralisée, mais surtout marquée aux jambes.
Au cou, syphilis pigmentaire. Pas d'albumine.

L'utérus est volumineux, il y a tension exagérée des parois
du ventre et hydramnios.

Début du travail, 29 mai à 11 h. 30.

Dilatation complète, 4 h. 15 soir.

Durée de la période de dilatation 4 h. 45.

Rupture des membranes, 4 h. 20 soir.

Liquide amniotique chocolat, normal pour le deuxième.

Durée de la période d'expulsion, 1/2 heure.

Durée totale du travail, 5 h. 45.

Expulsion du premier enfant à 4 h. 45 ; du deuxième à
5 h. 15.

Déliorance. — Expulsion spontanée un quart d'heure
après l'accouchement. Le placenta forme une masse unique
séparée par une cloison membraneuse. Membranes complètes.
Poids, 1090 grammes.

1^{er} enfant mort-né

2^{me} enfant 2030 grammes.

Longueur 43 cent.

OM 11 cent.

OF 10,5

SOB 9

SOF 10,1

BIP 8.5

BIT 8

SMB 9,9

Année 1891.

OBSERVATION III

N 791.

M^{me} C... 30 ans, journalière. III-Pare, entre le 19 juin 1891.

1^{re} Présentation du siège en S. I. G. A.

2^e Présentation en O. I. D. P. Dégagement en O. P. D.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents physiologiques. — Régée à 12 ans ; bien réglée.

Antécédents pathologiques. — Fièvre palustre (?)

Grossesses antérieures. — Deux grossesses normales :
Sommets spontanés à terme.

Grossesse actuelle. — D. R. ?

Age de la grossesse, 8 mois.

II. U. 36 centimètres.

Début du travail, 19 juin, 8 h. 45 matin.

Durée de la période de dilatation, 6 heures.

Liquide amniotique normal, mais abondant.

Expulsion du premier à 3 h. 15 soir, du deuxième à 3 h. 20 soir.

Durée de la période d'expulsion, 10 minutes.

Durée totale du travail 6 heures 1/2.

Délivrance. — Par extraction simple à 4 h. 15.

Les deux placentas sont réunis par leur amnios, qui sont accolés ensemble (poids 380 gr. et 260 gr.) mais forment deux masses parfaitement distinctes.

1^{er} enfant. Poids 1.610 gr.

Longueur 39 cent.

OM 11 cent.

OF 10,1

SOB 9,9

SOF 9,2

BIP 8,2

BIT 7,1

SMB 8,6

2^{me} enfant. Poids 1.810 gr.

Longueur 41 cent.

10,2

10

9,5

9,7

8,9

6,8

9

Année 1892

OBSERVATION IV

N° 671

M^{me} Eugénie B..., 33 ans, blanchisseuse, VI-pare. Entrée à la salle de travail, 14 mai 10 heures du matin.

1^{re} Présentation du siège (S. I. G. A.).

2^e Présentation du sommet D. P. Dégagementen O. P. D.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents physiologiques. — Réglée à 13 ans, régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Néant.

Grossesses antérieures. — Cinq accouchements antérieurs normaux, n'ayant nécessité aucune intervention.

Grossesse actuelle. — D. R. : du 25 au 20 août 1891.

H U : 39 centimètres.

Age de la grossesse : neuf mois.

Début du travail, 14 mai 7 heures matin.

Dilatation complète à 11 heures matin.

Durée de la période de dilatation.

Rupture des membranes : première poche, spontanée à minuit ; deuxième poche, artificielle à 11 h. 25 du matin.

Liquide amniotique : normal.

Durée de la période d'expulsion : première, 22 minutes ; deuxième, 30 minutes.

Durée totale du travail, 5 h. 20.

Délivrance. — Expulsion spontanée du placenta, 30 minutes après l'accouchement. Une seule masse placentaire (poids 840 gr.) avec deux poches concentriques.

Membranes complètes.

Perte assez abondante de sang après la délivrance venant probablement de la rupture d'une varice du vagin.

1 ^{er} enfant. Poids 1900 gr.		2 ^e enfant. Poids 2190 gr.	
Longueur 41 cent.		Longueur 43 cent.	
OM	11.5		11,5
OF	11		10,5
SOB	8.5		8,8
SOF	9.6		10,4
BIP	8.7		9
BIT	7.5		8
SMB	10.5		10,5

Année 1893

OBSERVATION V

N° 1320

M^{me} Marie P... IX-pare, 40 ans, ménagère.

Grossesse gémellaire. Deux sommets.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents physiologiques. — Néant. Réglée à 17 ans, régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Variole à 8 ans.

Grossesses antérieures. — Six accouchements spontanés, à terme, s'étant présentés par le sommet, de 1872 à 1884.

En 1887, accouchement gémellaire à terme.

En 1888, accouchement gémellaire à terme.

Grossesse actuelle. — D. R. 20 au 24 décembre.

H. U. 43 centimètres.

Age de la grossesse 8^e mois.

Début du travail, 8 septembre 2 heures.

Variété de position { 1^{er} O. I. G. A.
2^e O. I. D. P.

Dilatation complète, 8 septembre 9 heures du soir.

Durée de la période de dilatation ?

Variété de dégagement { 1^{er} O. P.
2^e O. P. D.

Durée de la période d'expulsion { 2 minutes pour le 1^{er}
5 — 2^e

Durée totale du travail, 7 heures.

Placenta, forme irrégulière. Poids 680 grammes, deux masses séparées à la face utérine par un pont membraneux. Deux loges : cloison de séparation formée par les six membranes. Cordon, 71 centimètres.

Extraction simple à 10 h. 30.

1 ^{er} enfant vivant.		2 ^e enfant vivant.	
Poids.	2.370.	Long.	46 cm.
		Poids.	2.620.
		Long.	48 cm.
OM	12,8		12,3
OF	10,3		10,8
SOB	9,8		9,6
SOF	10,5		10,9
BIP	8,9		9,1
BIT	6,9		7
SMB	10,1		10,7

Année 1894.

OBSERVATION VI

N° 5

M^{me} Léontine C..., 29 ans, couturière, II-père.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents physiologiques. — Néant.

Antécédents pathologiques. — Probablement spécifique.

Accouchements antérieurs. — I, sommet spontané à terme actuellement vivant.

Pas d'antécédents gémellaires.

D. R. 1^{er} au 4 mai.

H. U. 36 centimètres.

A l'examen, on constate une grande tension des parois, au toucher un orifice dilaté comme 5 francs et un sommet engagé. A 9 h. 45, dilatation complète, et à 10 h. 5 expulsion d'un fœtus dont le volume n'est pas en rapport avec celui de l'utérus ; on fait alors le diagnostic de grossesse gémellaire. En pratiquant de nouveau le toucher, on trouve une seconde poche des eaux et un second fœtus se présentant par le sommet ; on rompt les membranes et l'expulsion du deuxième fœtus a lieu cinq minutes après.

Début du travail, le 1^{er} janvier à 11 heures du soir.

Variété de la position $\left\{ \begin{array}{l} 1^{\text{er}} \text{ O. I. G. A.} \\ 2^{\text{e}} \text{ O. I. D. P.} \end{array} \right.$

Durée de la période de dilatation ?

Rupture $\left\{ \begin{array}{l} \text{prématurée des membranes le 28 décembre 1893.} \\ \text{artificielle à 10 h. 10 le 2 janvier 1894.} \end{array} \right.$

Variété de dégagement $\left\{ \begin{array}{l} 2^{\text{e}} \text{ O. P.} \\ 1^{\text{er}} \text{ O. P. D.} \end{array} \right.$

Expulsion $\left\{ \begin{array}{l} 1^{\text{er}} \text{ fœtus à 10 h. 5.} \\ 2^{\text{e}} \text{ fœtus à 10 h. 10.} \end{array} \right.$

Durée de la période d'expulsion $\left\{ \begin{array}{l} 1^{\text{er}} 20 \text{ minutes.} \\ 2^{\text{e}} 25 \quad \quad \quad \gg \end{array} \right.$

Durée totale du travail, 11 h. 50.

Placenta forme discoïde. Poids, 860 grammes.

Extraction simple à 11 heures matin.

1 ^{er} enfant vivant.		2 ^e enfant vivant.	
Poids	1.990 gr.	Long.	39 cm.
Poids	2.130 gr.	Long.	42 cm.
OM	11,4		12,3
OF	10		10,8
SOB	9,5		9
SOF	10,1		9,9
BIP	8,5		8,4
BIT	7,7		7,3
SMB	9,5		9,3

Année 1896.

OBSERVATION VII

N° 1089

M^{me} Julia M..., 22 ans, téléphoniste, primipare.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents physiologiques. — Réglée régulièrement à 15 ans 1/2.

Antécédents pathologiques. — Néant.

D. R. 5 ou 8 septembre 1895.

H. U. 37 centimètres.

Age de la grossesse, 8 mois.

Grossesse actuelle. — L'accouchement du premier enfant se fait normalement en O. P. Après l'expulsion, on constate une présentation droite transversale. Au toucher on sent une poche des eaux volumineuse, qui se rompt spontanément et entraîne le cordon.

Rétropulsion du cordon, et d'un pied qui vient faire pro-cidence.

Application de forceps, et extraction du deuxième enfant.

Début du travail, 24 juin, 2 heures soir.

Dilatation complète, 24 juin, 11 heures 55.

Variété de position au dégagement { 1^{er} O. P.
2^e O. P. D.

Expulsion du fœtus { 1^{er} à 1 h. 25.
2^e à 2 h. 5 matin.

Durée totale du travail, 12 h. 5.

Extraction simple du placenta à 2 h. 20, quinze minutes après l'accouchement.

Une seule masse placentaire, forme discoïdale. Poids, 77 grammes. Membranes incomplètes, déchirées.

1 ^{er} enfant, vivant	2 ^e enfant vivant.
poids 2000 gr. Long. 45 cent.	Poids 2.310. Long. 46 cent.
OM 10,5	12
OF 10,5	11,4
SOB 9,4	9
SOF 10,6	10,5
BIP 8,5	9,6
BIT 7,7	8
SMB 10	9,5
Circonférences de la tête	
27/29	29/31

Année 1896.

OBSERVATION VIII

N° 1498

M^{me} Angèle D..., 22 ans, repasseuse. Primipare.

Deux sommets. Application de forceps pour le premier.
Sourde-muette.

Antécédents. — ?

Grossesse actuelle. — H. U. 37 centimètres. Neuvième mois.

Application de forceps pour le premier enfant. La tête d'abord en D. P. est orientée maintenant en O. S. On opère des tractions énergiques et soutenues, et on extrait le premier fœtus qui meurt après avoir fait quelques inspirations.

Le second enfant est facilement expulsé dix minutes après.

Début du travail, 28 août 7 heures du soir.

Dilatation complète, 29 août 3 heures du soir,

Liquide amniotique normal.

Dégagement { 1^{er} O. P. D.
2^e O. P.

Expulsion du fœtus { 1^{er} à 10 h. 30
2^e à 10 h. 40

Durée de la période d'expulsion, 19 h. 20.

Durée totale du travail, 40 h. 40.

Extraction simple du placenta à 11 h. 10, trente minutes après l'accouchement.

Deux masses placentaires (poids 500 gr.) situées chacune dans une corne.

1^{er} enfant, mort peu après
l'extraction,
Poids 2475 gr.

2^e enfant vivant
Poids 1940 gr. Long. 43 cent.
OM 12.3
OF 11.1
SOB 9.4
SOF 10.9
BIP 8.2
BIT 6.5
SMB 9.8
Circonf. de la tête 28/30

Année 1898.

OBSERVATION IX

N° 1017

M^{me} Victoria S..., 31 ans, couturière. VI-Pare, père différent pour les deux dernières grossesses.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents physiologiques. — Néant.

Antécédents pathologiques. — Rougeole à 8 ans.

Accouchements antérieurs.

1^{er} 1888. Sommet spontané à terme. Mort à 22 jours (?)

2^e 1890. Avortement de 5 mois. Cause inconnue.

3^e 1891. Sommet spontané à terme. Mort à 18 mois de broncho-pneumonie.

4^e 1893. Sommet spontané à terme. Enfant vivant.

5^e 1897. Sommet spontané à 8 mois. Mort à 5 mois.

Grossesse actuelle. — D. R. ?

H. U. 36 centimètres.

Début du travail, 15 juin 1898.

Dilatation à l'entrée, complète. Rupture des membranes à la dilatation complète, 3 h. 15.

Variété de position { 1^{er} D. P.
2^e ?

Au moment du dégagement { 1^{er} Occipito-postérieure directe.
2^e Occipito-pubienne.

Expulsion des fœtus { 1^{er} à 4 h. 15.
2^e à 4 h. 25.

Durée totale du travail, 3 h. 25.

Perte de sang assez considérable perdue pendant la délivrance.

Injection intra-utérine.

Placenta, 640 grammes, déchiqueté, forme discoïde. Membranes dissociées, 23/8.

1 ^{er} enfant 1.230 gr.	2 ^e enfant 1.200 gr.
Longueur 37 cent.	Longueur 38 cent.
Morte le 16 juin.	Morte le 16 juin.
OM 10,2	10,2
OF 9	8,7
SOB 8	7,7
SOF 8,5	8,2
BIP 7,6	7,5
BIT 6,5	6
SMB 8,5	9,1
Circonf. 28/26	27/25

Année 1898.

OBSERVATION X

N° 1334

M^{me} Marie G. . . , 28 ans, domestique, Primipare.

Antécédents. — Néant.

Pas d'antécédents gémellaires.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, 27 au 30 octobre.

H. U. 38 centimètres.

Age de la grossesse, 9 mois.

Début du travail, 7 août 8 heures soir.

Position : Dos à gauche pour le premier ; à droite pour le deuxième.

Auscultation bonne aux deux foyers.

Dilatation complète, 8 août 4 heures matin.

Durée de la période de dilatation, 8 heures.

L'expulsion du premier fœtus se fait spontanément à 7 heures du matin, au bout de trois heures de période d'expulsion. Le dégagement s'effectue en O. P. L'enfant crie aussitôt. Par le toucher on constate alors que, derrière la deuxième poche des eaux intacte, le deuxième se présente par le sommet et qu'il y a procidence du cordon. On fait la réduction manuelle, et on rompt les membranes. Quelques minutes après, la fontanelle antérieure se place en avant, et la progression de la tête est un peu retardée. Après trente-cinq minutes de période d'expulsion, le fœtus se dégage en O. P. D. L'enfant se met rapidement à crier.

Variété de position au moment du dégagement { 1^{er} O. P.
2^e O. P. D.

Expulsion des fœtus { 1^{er} 7 h. 5 matin.
2^e 7 h. 40 »

Durée totale du travail : 11 heures 40.

Durée de la période d'expulsion { 1^{er} 3 h. 5.
2^e 35 minutes.

Placenta: Poids 910 grammes, ovulaire. Extraction simple, trente-cinq minutes après l'expulsion du deuxième enfant.

Membranes complètes.

L'enfant. Poids 3.300 gr.	2 ^e enfant. Poids 2.540 gr.
Longueur tot. 51 cent.	Longueur 47 cent
OM 13,2	11,6
OF 11	10,4
SOB 8,9	10
SOF 9,5	10,8
BIP 9,1	8,6
BIT 7,7	7,8
SMB 9	9,8
Circonf. de la tête.	
32/33	30/22

Année 1898.

OBSERVATION XI

N° 1872.

M^{me} Estelle M... 37 ans, journalière.

VII-pare, même père.

Antécédents héréditaires. — Tante a eu grossesse gémellaire.

Antécédents physiologiques. — Néant.

Antécédents pathologiques. — Néant.

Accouchements antérieurs. — 1880. Sommet spontané à terme. Enfant vivant.

1883. Sommet spontané à terme. Enfant vivant.

1884. Sommet spontané à terme. Fille morte à 12 ans de méningite tuberculeuse.

1886. Sommet spontané à terme. Garçon mort à 12 ans de tuberculose pulmonaire.

1890. Sommet spontané à terme. Enfant vivant.

1893. Sommet spontané à terme. Mort à 5 mois de diarrhée infantile.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, 15 au 20 janvier.

Age de la grossesse, 9 mois.

Hauteur de l'utérus, 47 centimètres.

Début du travail, 24 octobre 8 heures soir (?).

Dilatation complète, 25 octobre 9 heures matin.

Variété de la position. $\left\{ \begin{array}{l} 1^{\text{er}} \text{ O. I. G. A.} \\ 2^{\text{e}} \text{ O. I. D. P.} \end{array} \right.$

Le 25 octobre, à 9 heures du matin, la dilatation est complète.

Les membranes sont intactes. Le premier fœtus se présente en O. I. G. A.

On remet les membranes à 11 heures du soir. La femme pousse, la rotation se fait rapidement et, dix minutes après, expulsion d'un premier fœtus en O. P.

On s'assure de la position du deuxième. On rompt les membranes. La tête s'engage en D. P. La fontanelle antérieure tourne en avant, et à 9 heures le deuxième fœtus est expulsé en occipito-postérieure directe.

Les deux enfants sont bien portants.

Expulsion des fœtus $\left\{ \begin{array}{l} 1^{\text{er}} \text{ 9 h. 12.} \\ 2^{\text{e}} \text{ 9 h. 20.} \end{array} \right.$

Durée de la période d'expulsion, 20 minutes.

Durée totale du travail, 13 h. 20.

Délivrance par expression française 30 minutes après l'accouchement du deuxième enfant. Placenta unique 1100 grammes. Membranes déchirées incomplètes.

1 ^{er} enfant. Poids 3.100 gr.	2 ^e Enfant. Poids 2.950 gr.
Longueur 50 cent.	Longueur 50 cent.
OM 12,8	12,2
OF 10,6	11,4
SOB 9	9,6
SOF 9,5	10
BIP 8,8	9,2
BIT 7,8	8
SMB 9,3	10
Circ. de la tête. 30/31	31/32

Année 1899.

OBSERVATION XII

N° 399

M^{me} Maria C... 21 ans, fleuriste.

III-Pare. Rupture prématurée des membranes au huitième mois.

Père différent pour la grossesse actuelle.

Antécédents. — Néant.

Pas d'antécédents gémellaires.

Grossesses antérieures. — 1^o Avortement de six semaines, août 1894; 2^o Sommet spontané à terme, octobre 1895

Grossesse actuelle. — D. R. Premiers jours de juillet.

H. U. 34 centimètres.

Au palper on constate une tête engagée en G. A., siège à gauche et au fond de l'utérus. Deux sièges d'auscultation. On fait le diagnostic de grossesse gémellaire. Dilatation de 5 heures à 9 heures du matin. A 1 heure dilatation complète.

Expulsion spontanée du premier enfant à 1 h. 45. L'utérus est maintenu de façon que le second garde sa position

longitudinale et se présente tête en bas. Aussitôt après l'expulsion du premier on pratique le toucher ; rupture spontanée des membranes. Comme il y a procidence du cordon, on fait la réduction manuelle, et l'on constate que la tête est en O. S.

Dégagement en O. P. D. quelques minutes après.

Délivrance. — Par extraction simple à 2 h. 25. Deux masses placentaires distinctes séparées par un espace de 6 centimètres, formant une cloison de séparation.

Placenta discoïde. Poids 900 grammes. Membranes complètes.

Durée du travail, 5 h. 40.

1 ^{er} enfant. Poids 2.250.	2 ^e enfant. Poids 2.220
Longueur 51 cent.	Longueur 49 cent.
OM 12,4	11,1
OF 10,4	10,3
SOB 9,3	9,4
SOF 10	10,3
BIP 9	8,7
PIT 7,5	7,8
SMB 9,5	9,6
Circonf. de la tête	
28/	28/30

Année 1899.

OBSERVATION XIII

N° 686

M^{me} Maria B. . . , 31 ans, ménagère, III-pare.

Même père, bien portant.

Grossesse gémellaire. — Hydramnios de l'un des œufs (3100 grammes).

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident.

Tante a eu grossesse double.

Antécédents personnels. — A marché à 18 mois.

Réglée à 15 ans irrégulièrement.

Antécédents pathologiques. — A 7 ans, congestion pulmonaire.

Grossesses antérieures. — 1^o Accouchement juin 1894. Sommet spontané à terme. Enfant vivant.

2^o Accouchement octobre 1895. Sommet spontané à terme. Enfant vivant.

Grossesse actuelle. — D. R. 15 au 20 juillet.

H. U. 41 centimètres.

Observation. — Le diagnostic étant indécis, on hésite entre une grossesse gémellaire ou un cas d'hydramnios. Forte tension des parois. Il est impossible par le palper de sentir autre chose que les parties fœtales. Les bruits du cœur sont très faibles.

A la dilatation complète (11 avril) on rompt les membranes, et on recueille 3100 grammes de liquide trouble. Pendant la rupture, on maintient la tête au détroit supérieur, qui s'engage immédiatement et l'expulsion du fœtus se fait cinq minutes après en O. S.

On pratique ensuite le toucher, et l'on trouve une seconde poche très tendue. Rupture des membranes et expulsion du deuxième fœtus en O. S. La femme perd quelques gros caillots. Les deux fœtus sont vivants (1150 et 890 grammes). Délivrance par expression française. Placenta pesant 1080 grammes, dans lequel on observe une partie volumineuse épaissie et blanchâtre, et une autre mince de couleur foncée, et formée par des cotylédons erratiques. Sur cette masse est

inséré le cordon du premier fœtus (En interrogeant la malade, on ne découvre pas dans son passé d'antécédents spécifiques).

Premier enfant, 1150 grammes. Longueur 28 centimètres, mort le 11 avril.

Deuxième enfant, 890 grammes. Longueur 23 centimètres, mort le 11 avril.

Début du travail 10 avril 5 heures.

Dilatation complète, 11 avril 1 h. 20 matin.

Durée de la période de dilatation, 8 h. 20 (?).

Expulsion du fœtus $\left\{ \begin{array}{l} 1^{\text{er}} \text{ à } 1 \text{ h. } 25. \\ 2^{\text{o}} \text{ à } 1 \text{ h. } 35. \end{array} \right.$

Durée de la période d'expulsion, 15 minutes.

Durée totale du travail, 8 h. 35 (?).

Année 1902.

OBSERVATION XIV

N° 425

M^{me} Marie R., 30 ans, domestique.

Primipare. Accouchement prématuré à $\left\{ \begin{array}{l} 1^{\text{o}} \text{ S. I. G. A.} \\ 7 \text{ mois } 1\frac{1}{2}. \\ 2^{\text{o}} \text{ O. I. D. P.} \end{array} \right.$

Antécédents. — Néant.

Pas d'antécédents gémellaires.

Hauteur de l'utérus : 44 centimètres.

A l'examen physique on constate de l'œdème sus-pubien et des membres inférieurs. Forte tension des parois.

Pas d'albumine.

Grossesse actuelle. — Début du travail, 12 mars, 9 heures du soir.

Durée totale du travail, 24 heures.

Expulsion le 13 mars { 1^{er} 8 h. 15 soir.
2^e 9 h. 15 soir.

Au toucher pour reconnaître la présentation du second fœtus, on constate qu'il y a une tête prête à s'engager avec procidence d'une main. On réduit facilement la procidence, et la tête s'engage en O.I.D.P.

Dégagement en O.P.D.

Délivrance. — Par expression française une demi-heure après l'accouchement. Légère période sanglante.

Placenta discoïde. Poids 800 grammes. On constate sur la face utérine un sillon qui correspond sur la tête fœtale à une cloison formée par l'adossement des membranes. Il est donc en réalité composé de deux placentas distincts reliés par leurs bords.

Premier cordon, 46 centimètres.

Deuxième cordon, 44 centimètres.

1 ^{er} enfant vivant.	2 ^e enfant vivant
2.300	2.600 gr.
OM 12	12,2
OF 10,7	11,5
SOB 9,1	9,5
SOF 10,1	10,4
BIP 9,5	9
BIT 7	7,2
SMB 9,9	9,2
Circonf. de la tête 30/29	31/29

Année 1904.

OBSERVATION XV

N° 798

M^{me} Julie M..., 22 ans, ménagère.

IV-Pare { 1^{er} O. I. D. P.
2^e siège.

Antécédents héréditaires. — Bons.

Antécédents physiologiques. — Bons.

Antécédents pathologiques. — Rougeole dans l'enfance.

Accouchements antérieurs. — 1^o Avortement de deux mois chez elle.

2^o Accouchement prématurée de 6 mois 1/2. Présentation du siège.

3^o Sommet spontané à 7 mois 1/2. Enfant vivant (Même père, 28 ans, bien portant).

Grossesse actuelle. — D. R. 25 au 28 octobre.

H. U. 35 centimètres ; pas d'albumine.

Au palper, on perçoit trois pôles fœtaux : un dans l'excavation (Sommet engagé en D. P.), un au fond de l'utérus à gauche, un vers la région ombilicale.

Deux foyers d'auscultation : un à droite au-dessus du pubis, un à gauche vers l'ombilic. A 1 h. 30, dilatation complète. Rupture artificielle des membranes, dégagement du sommet en O. P. D.

On rompt la deuxième poche, un pied arrive dans le vagin. Expulsion spontanée du tronc et manœuvre de Mauriceau.

Début du travail, 25 juin à 11 heures soir.

Dilatation à l'entrée, 2 francs.

Dilatation complète, 26 juin 1 h. 30 matin.

Durée de la période de dilatation ?

Expulsion des fœtus $\left\{ \begin{array}{l} 1^{\text{er}} \text{ à } 2 \text{ heures.} \\ 2^{\text{e}} \text{ à } 2 \text{ h. } 20. \end{array} \right.$

Durée totale du travail, 15 h. 20.

Délivrance. — Par expression française 10 minutes après l'accouchement.

Placenta unique, discoïde, 770 grammes.

Cordons 46 centimètres et 40 centimètres.

1 ^{er} enfant 2.200 gr.	2 ^e enfant, 1.800 gr.
Longueur 43 cent.	Longueur 41 cent.
OM 11,6	11,8
OF 9,4	10,1
SOB 9,7	9,8
SOF 9,8	9,6
BIP 8,9	8,6
BIT 7,7	7,9
SMB 9,8	9,4
Cir. 29/31	Cir. 28/30

Année 1904.

OBSERVATION XVI

N° 650

M^{me} Blanche T..., 17 ans, mécanicienne.

Primipare. Père 21 ans, bien portant.

Entre à la salle de travail le 23 mai.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 47 ans, tuberculeux, mère 43 ans, bien portante; 7 frères et sœurs.

Antécédents physiologiques. — Néant. Pas d'antécédents gémellaires.

Antécédents pathologiques. — Rougeole à 8 mois, puis coqueluche. Diphtérie à 4 ans. Scarlatine à 10 ans. Abscess du cou à 11 ans. Pseudo-rhumatisme infectieux.

Grossesse actuelle. — D. R. 24 au 27 août.

H. U. 39 centimètres.

Albumine pendant la grossesse, 2 gr. 50 le 23 mai.

Examen physique. — Œdème des malléoles. Souffle au premier temps à la pointe du cœur.

Sommet profondément engagé; siège dans le voisinage à

gauche, siège à droite, tête dans la fosse iliaque droite. Auscultation bonne à gauche et à droite. Membranes intactes. Rupture spontanée le 24 mai à 3 h. 1/2 du soir. Dilatation complète et expulsion à 3 h. 50 d'une fille vivante.

Aussitôt après on recherche la présentation du second enfant. Celui-ci se présente longitudinalement. On rompt la poche des eaux, et presque aussitôt après le deuxième enfant se dégage en occipito-postérieure directe.

Durée de la période de dilatation 26 heures 30.

Variété de position au moment du dé gag. $\left\{ \begin{array}{l} 1^{\text{er}} \text{ O. P.} \\ 2^{\text{e}} \text{ O. P. D.} \end{array} \right.$

Durée de la période d'expulsion $\left\{ \begin{array}{l} 1^{\text{er}} 20 \text{ minutes.} \\ 2^{\text{e}} 15 \text{ minutes.} \end{array} \right.$

Durée totale du travail, 27 heures.

Délivrance. — Par extraction simple, 45 minutes après l'accouchement. Placenta, 1010 grammes, formé de deux masses réunies par un pont membraneux.

Membranes complètes.

1 ^{er} enfant 2.470 gr.	2 ^e enfant 2.770 gr.
Longueur 47 cent.	48 cent.
OM 12	12,2
OF 10,8	11,2
SOB 9,1	9,7
SOF 9,8	10,5
BIP 9	9,2
BIT 2	7,6
SMB 9,4	9,7
Circonf. de la tête 29/30	30/33

Année 1904.

OBSERVATION XVII

N° 1761

M^{me} Francine M..., 19 ans, domestique, II-pare, entre le
15 décembre 1904.

1° Sommet en O. I. D. P. Dégagement en O. P. D.

2° Siège.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'affection cardiaque.

Mère morte de pneumonie.

Une tante a eu un accouchement gémellaire.

Antécédents physiologiques. — Néant.

Antécédents pathologiques. — Néant.

Pour le 1^{er} enfant, père, 25 ans, bureaucrate.

Pour le 2^e enfant, père, 22 ans, journalier.

Accouchement antérieur. — Normal. Sommet spontané à terme. Fille vivante.

Grossesse actuelle. — D. R. 10 ou 14 avril.

H. U. 37 centimètres.

Age de la grossesse, huitième mois.

La femme ne s'est pas reposée. Pas d'albumine.

Durée de la période d'expulsion, 10 minutes.

Durée totale du travail, 4 h. 30.

Examen. — A la palpation, on trouve un sommet engagé, un pôle fœtal dur et régulier au fond de l'utérus et à gauche, puis un autre pôle au fond de l'utérus et à droite. Deux foyers d'auscultation, l'un à droite au-dessous de l'ombilic, l'autre au-dessus sur la ligne médiane.

A la dilatation complète, le sommet est orienté en D. P.
Rupture artificielle des membranes. La fontanelle postérieure
va se placer directement en arrière. Après dix minutes d'ef-
forts, le sommet se dégage en O. P. D.

Rupture de la deuxième poche. Présentation du deuxième
foetus par le siège. Dégagement par la manœuvre de la clini-
que Baudelocque.

Délivrance par expression française 30 minutes après,
deux masses placentaires (1000 grammes) réunies par un pont
membraneux. Membranes complètes.

1 ^{er} enfant. Poids 2.400	2 ^e enfant. Poids 2.500.
Longueur 47 cent.	Longueur 49 cent
OM 12,5	12
OF 10	11,5
SOB 9	10,3
SOF 10,2	11,6
BIP 9	8,5
BIT 7,2	6,5
SMB 12	10
Circonf. de la tête 31/32	30/32

CONCLUSIONS

1° Les dégagements en O. P. D. sont relativement fréquents dans la grossesse gémellaire, surtout pour le second enfant.

La proportion totale est de 5,016 o/o.

2° Elle est de 1,67 o/o pour le premier enfant et de 3,34 o/o pour le second, c'est-à-dire deux fois plus. Elle est donc beaucoup plus fréquente que dans la grossesse simple où une de nos statistiques personnelles faite sur 1954 accouchements par le sommet nous donne seulement la proportion de 0,81 o/o.

3° Les causes de ce dégagement sont multiples, et souvent difficiles à découvrir. On a incriminé souvent les vices de conformation du bassin, l'obliquité utérine, le défaut d'accommodation du côté de la femme.

Du côté de l'enfant une cause semble prouvée. C'est l'étroitesse des diamètres, et l'exiguité de la tête.

Dans aucun cas, le diamètre bi-pariétal n'a dépassé 9,5.

4° Dans l'accouchement en O. P. D. la durée du travail n'est pas beaucoup plus longue que dans

l'accouchement simple, surtout si l'on se souvient que l'on a affaire le plus souvent à une variété primitive postérieure.

La moyenne a été de 8 h. 10 pour les multipares.

Pour les primipares elle est beaucoup plus élevée, soit vingt-cinq heures environ.

5° « C'est souvent le degré de déflexion plus ou moins marqué de la tête qui prolonge l'accouchement », dit Bataillard. Quant à la période d'expulsion, elle varie très peu ; mais la période de dilatation surtout chez les primipares est en général plus longue.

6° Enfin le pronostic est plutôt très favorable. La plupart du temps l'accouchement se fait spontanément et, dans les trois cas où l'on dut employer le forceps, deux fois le résultat fut excellent et dans le troisième cas (obs. VIII) l'enfant mourut après un travail de plus de 40 h. 1/2, et une période d'expulsion de près de vingt heures.

7° Et, quand on est obligé d'intervenir à l'aide du forceps, ainsi que l'enseigne le professeur Pinard, il est préférable de dégager l'occiput en arrière que d'essayer la rotation qui peut être dangereuse.

Vu : le Président de la thèse,

PINARD

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- GUERRERO (A.). — Des présentations du sommet en variété postérieure (Thèse, Paris, 1896-1897).
- GUIHAL. — De la grossesse triple (Thèse, Paris, 1900-1901).
- SULLIEN. — Statistique des grossesses gémellaires (Thèse, Paris, 1896-1897).
- LARRE (A.). — Complications des grossesses gémellaires (Thèse, Paris, 1895-1896).
- CORBIÈRE (M.). — Présentation du sommet en variété postérieure. Fréquence et pronostic (Th., Paris, 1892-1893).
- HERGOTT. — Etude de la grossesse gémellaire (Th., Strasbourg, 1839).
- CORNET. — Grossesses gémellaires (Th., Paris, 1888-1889).
- LOCHARD. — Des positions postérieures (Th., Paris, 1881).
- HIRIGOYEN. — Grossesse et accouchement gémellaire (Th., Paris, 1879).
- FOUCHER (A.). — De la rotation de la tête dans les occipito-postérieures (Th., Paris, 1878).
- BATAILLARD. — De l'accouchement dans la présentation du sommet en variété postérieure (Th., Paris, 1888-1889).
- LEROY. — Etude des grossesses gémellaires (Th., Paris, 1872).

VARNIER (H.). — Les occipito-postérieures. Revue d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.

FARABEUF et VARNIER. — Introduction à l'étude des accouchements.

LEPAGE. — Fonctionnement de la clinique Baudelocque.

PINARD. — Dictionnaire encyclopédique (Art. : Grossesse).

M^{me} LACHAPELLE. — Pratique des accouchements. Paris, 1825.

MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées (1740).

DE LA MOTTE. — Traité des accouchements (1745).

BAUDELOCQUE. — L'art des accouchements (1779).

CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements (1870).

DEPAUL. — Leçons de clinique obstétricale.

TARNIER et DEPAUL. — Semaine médicale (Articles : Grossesse gémellaire ; Les occipito-postérieures).

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

